

Comentarios a la Ley 45/2003, de 21 de noviembre, por la que se modifica la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida

A pesar de estar de acuerdo con las recomendaciones expresadas por la Comisión Nacional de Reproducción Asistida en sus diversos informes y por el Comité Asesor de Ética de la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología, en los que se llamaba la atención acerca de la necesidad de reducir el número de preembriones sobrantes de las técnicas de fecundación *in vitro* (FIV) y, por tanto, considerar oportuna una modificación de la Ley de 1988, no creemos que se haya acertado en la solución ya que, como intentaremos demostrar, la nueva Ley exige compromiso y responsabilidad a los centros y a los usuarios pero disminuye de forma ostensible la eficacia de las técnicas, con lo que se perjudica de forma notable a las usuarias. Con toda probabilidad, evitar la generación y acumulación de preembriones supernumerarios es difícil de compaginar con la obtención de buenos resultados y no tiene nada que ver con la reducción de la tasa de embarazos múltiples. Bastaría con limitar el número de embriones por transferencia.

El establecimiento legal de fecundar un máximo de 3 ovocitos nos parece, como poco, irresponsable y atentatorio contra el buen hacer profesional del médico, ya que se le está obligando a no ofrecer a su paciente todas las posibilidades a su alcance para solucionar su problema. Ningún médico puede predecir el número de ovocitos que va a desarrollar una mujer en tratamiento de estimulación para FIV. Por mucho que ajuste la pauta hormonal, tampoco podrá garantizar sólo 3 óvulos. Por lo tanto, en la mayoría de los casos, el número de ovocitos obtenidos en una punción folicular superará los 3, lo que obliga a desechar un número de óvulos en cada ciclo. Si bien es cierto que, de forma habitual, la naturaleza también los deshecha, por lo que no supone un problema ético, no es menos cierto que, en ese momento del ciclo, la concepción no es más que una voluntad: la del equipo médico y de biólogos y, sobre todo, de la pareja que ha decidido recibir un tratamiento de reproducción asistida. Se da aquí un conflicto de intereses: el

médico se debe a su paciente y debe procurarle el máximo beneficio terapéutico que esté a su alcance. Por ello, incurriría en un delito al no aprovechar todas las oportunidades a su alcance para lograr que la mujer obtenga el fin por el que se recibe la técnica. Desechar óvulos es, por tanto, en este caso, disminuir la rentabilidad del proceso, más si tenemos en cuenta que la valoración que el embriólogo realiza de los ovocitos responde a criterios morfológicos. Aunque haya una correlación entre la calidad ovocitaria y la tasa de fertilización, ésta no es una norma inexorable. A priori, nunca se puede saber qué óvulo fertilizará y cuál no, sobre todo si tenemos en cuenta que no sólo depende de su propia naturaleza, sino también de la calidad de los espermatozoides. Teniendo en cuenta todos estos argumentos, parece un contrasentido limitar el número de ovocitos que se van a fecundar y no aprovechar todos los recursos que el tratamiento ofrece para lograr el objetivo deseado.

Se puede esgrimir en contra que existe la posibilidad de criopreservar óvulos y que con esta medida se solucionaría el problema. Sería cierto si la congelación de óvulos fuera una realidad segura, eficaz y al alcance de todos los grupos. Reconozcamos que, hoy por hoy, no es así, y que probablemente quedan unos años para que la desarrollemos en nuestra práctica habitual. El propio Ministerio lo reconoce así en el punto 2 del artículo 11 de la Ley que nos ocupa. Entendemos también que ésta es la norma y, aunque admite excepciones, las tipologías fisiopatológicas en las que se permita fecundar un mayor número de ovocitos están por definir y auguramos que serán restrictivas.

Lo que sí parece una entelequia es basar las decisiones en el proyecto reproductivo de la pareja. Todos los que nos dedicamos a tratar los problemas de infertilidad humana sabemos que, aunque la pareja tenga idea de tener más de un hijo, cuando se indican técnicas de reproducción no es fácil conseguir siquiera una gestación y somos los primeros en inculcarles una visión realista de los resultados y frenar su euforia. A partir de

ahora, incluso tendremos que ser pesimistas, ya que lo que es seguro es que esta Ley carece –aunque presume de ello– de la flexibilidad necesaria para asegurar la eficacia de las técnicas.

Parece correcto establecer un límite máximo del número de preembriones que pueden ser transferidos a una mujer en cada ciclo. Criopreservar embriones puede suponer –seguro que así es– problemas éticos y legales hasta ahora no resueltos. Creemos que, de manera espontánea, todos los grupos lo hemos ido adoptando y raro es, en la actualidad, el caso en el que se transfieren más de 3 preembriones. Sin embargo, promover una medida como la no criopreservación supone que la mayoría de las parejas (las que no logran la gestación en una primera transferencia embrionaria) tengan que iniciar un nuevo ciclo para lograr su objetivo. Esto supone un incremento del coste del proceso, un mayor gasto farmacéutico, un innecesario suplemento de estrés para la pareja y, lo más importante, un mayor sufrimiento físico para la mujer. Es, por tanto, una medida contraproducente ya que, además, hay que tener en cuenta que la congelación de preembriones ofrece a las parejas la posibilidad de varias transferencias embrionarias partiendo de una única estimulación ovárica. Por lo tanto, la congelación aumenta las posibilidades de gestación. Está comprobado que la tasa de gestación por pareja aumenta de forma significativa con las transferencias acumuladas de embriones de calidades I y II.

Hay en el texto de la Ley un gran contrasentido, ya que establece: “Se fecundará un máximo de 3 ovocitos que puedan ser transferidos a la mujer en un mismo ciclo”. Lo que es seguro es que los que no sean fecundados no serán transferidos, por lo que, si se limita el número de ovocitos para fecundar, no es necesario limitar el número de embriones para transferir ni plantearse la posibilidad de congelarlos (excepto en los casos en que la transferencia deba posponerse).

Como en todas las leyes de reproducción que hemos tenido en nuestro país, se obliga a asegurar los preembriones. No hay compañía aseguradora en el mundo que se haga cargo de semejante reto. Personalmente, solicitamos hace años un estudio con respecto a los embriones criopreservados y hemos repetido la experiencia de manera reciente con respecto a los óvulos congelados. Disponemos de un informe de las mayores aseguradoras nacionales e internacionales negándose en ambos supuestos. Se entiende que esta negativa supone que no estaríamos cubiertos por nuestros seguros de responsabilidad profesional. En esta Ley se introduce el término “seguro o instrumento equivalente”. ¿Se nos está diciendo que hemos de tener un fondo de reservas para cubrir un accidente o

sinistro? ¿Está tipificado en algún lugar con qué cantidad se debería compensar a las parejas en tal caso? Tenemos la sensación de que es una medida más de presión para que dejemos de congelar preembriones.

Queda claro que la nueva Ley evita la criopreservación de preembriones y reduce la tasa de embarazos múltiples, pero a costa de disminuir también las posibilidades de éxito de la técnica. Esto supone, en definitiva:

- La muerte definitiva de la FIV convencional, ya que para poder garantizar un mínimo de resultados se optará en todos los casos por la microinyección espermática intracitoplasmática.

- La repetición innecesaria de ciclos de frenación y estimulación ovárica con el consiguiente aumento del gasto farmacológico (con repercusión directa en las arcas de la administración pública en algunas comunidades), el incremento de las listas de espera para tratamientos de fertilidad en los hospitales de la red sanitaria pública habilitados para ello, el encarecimiento del proceso para las parejas que opten por tratarse en un centro privado y, sobre todo, someter a la mujer a mayor riesgo terapéutico no parecen ser argumentos suficientes para justificar la no acumulación de preembriones en nuestros bancos.

- Planteémonos hacer FIV-ICSI con ciclo espontáneo o con mínima inducción o presionemos para rectificar el espíritu de esta Ley. Creemos que lo recomendable sería fecundar todos los óvulos, cultivarlos hasta la fase de blastocito y congelar los que sobrevivan, limitando el número de embriones por transferencia a un máximo de 3. Con sinceridad, parece una medida elaborada con la única intención de lavarse las manos ante un problema de gran repercusión mediática (¿qué hacer con los embriones que se fueran acumulado?) justo a la vez que parecen darles una salida (donarlos para la investigación). Lo sentimos por Bernat Soria y otros investigadores y, sobre todo, por los afectados de enfermedades que podrían acelerar su curación gracias a sus investigaciones. Contarán seguro con los embriones que tenemos congelados hasta ahora. No tantos como parecería, ya que no será fácil obtener el consentimiento de las parejas. Pero aquí se acabará la historia. Si no congelamos, problema resuelto. No se acumulan embriones en los bancos, no se destruyen, no se donan a las parejas que lo necesitan, no se donan a la investigación... ¿Estamos evolucionando?

Javier Ruiz Romero

*Unidad de Andrología. Institut Conceptum.
Reus. Tarragona. España.*

Unidad de Andrología. Clínica Tres Torres. Barcelona. España.